

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 7

OCCLUSION INTESTINALE AIGÜE

PAR CALCUL BILIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand PAYAN

Né le 24 mars 1874, à la Bastide-de-Virac (Ardèche).

Ex-interne des Hôpitaux et préparateur à l'Ecole de Médecine d'Alger.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 7

OCCLUSION INTESTINALE AIGÜE

PAR CALCUL BILIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand PAYAN

Né le 24 mars 1874, à la Bastide-de-Virac (Ardèche),

Ex interne des Hôpitaux et préparateur à l'Ecole de Médecine d'Alger.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
LACASSAGNE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE. —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, doct. ès sc

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUÇ.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROLLET Assesseur

MM. VALLAS et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Bien faible hommage de reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR BRUCH

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Alger.

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine d'Alger
et de l'hôpital de Mustapha

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Au moment de passer notre thèse inaugurale, au moment même de quitter notre vie d'étudiant pour aborder la pratique journalière, il nous reste un devoir bien doux à remplir ; celui de rendre un public hommage à tous ceux qui nous ont aidé à mener à bien nos études médicales.

Comment pourrions-nous taire les sacrifices que se sont imposés nos parents pour nous faire terminer heureusement notre instruction ? Quelle dette immense nous avons contractée envers eux !

Comment reconnaître tant d'affection ?

Nous souhaitons avec ferveur que l'avenir nous fournisse l'occasion de leur prouver notre infinie reconnaissance et de nous dévouer à eux comme ils se sont dévoués à nous-même.

Élève de l'École d'Alger, nous y avons fait toutes nos études sous la direction de maîtres distingués que nous sommes heureux de pouvoir assurer aujourd'hui de notre respectueux dévouement.

Que M. le professeur Bruch, chez lequel nous avons eu l'honneur de commencer notre internat, trouve ici l'hommage de nos sincères remerciements, pour le bienveillant accueil, le savant enseignement que

nous avons reçus de lui, pour les précieux conseils qu'il nous a sans cesse donnés.

M. le professeur Moreau, dont nous avons eu le bonheur d'être le préparateur, nous a prodigué avec les richesses de ses leçons si claires et si éloquentes, des marques multiples de bienveillance et de sympathie, qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde gratitude.

Que M. le Dr Thiébaut, chirurgien de l'hôpital civil de Mustapha, dont nous avons été l'aide à sa clinique privée d'ophtalmologie, nous laisse lui adresser notre respectueuse sympathie, pour le grand intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

M. le Dr Denis, chirurgien du même hôpital, grâce à cette obligeance et cette amabilité bien connues de tous ceux qui ont eu l'honneur d'être sous ses ordres, nous a permis d'enrichir notre thèse d'une observation inédite; nous adressons à cet excellent maître l'expression de notre très vive reconnaissance.

Que mes Maîtres de l'École de médecine et de l'hôpital de Mustapha, dont nous sommes fier d'être l'élève, reçoivent ici nos sincères remerciements, pour le brillant enseignement que nous avons reçu d'eux.

Comment passer sous silence l'accueil sympathique qui nous a été fait à la Faculté de médecine de Lyon, où nous avons passé tous nos derniers examens.

Que M. le professeur Poncet veuille bien agréer nos

respectueux remerciements pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre modeste travail.

Que M. le D^r Deloré, qui nous a guidé dans notre travail, soit ici assuré de notre vive sympathie, pour la façon aimable avec laquelle il nous a reçu et pour les conseils qu'il nous a donnés.

A mes amis les D^{rs} Barrillon et Lapin, nous adressons le souvenir le plus affectueux et les prions de croire à notre sincère et très grande amitié.

OCCCLUSION INTESTINALE AIGÜE

PAR CALCUL BILIAIRE

PRÉFACE

Les auteurs qui, récemment, se sont occupés de l'occlusion intestinale par calcul biliaire n'ont pas, à notre avis, suffisamment insisté sur les caractères différentiels des formes aiguës et chroniques.

De 1827, date de la première observation d'occlusion intestinale par calcul jusqu'à 1878, la plupart n'ont eu en vue que la forme chronique et n'ont pas nettement séparé les deux formes.

Il faut arriver jusqu'à Murchison (*Leçons cliniques sur les maladies du foie*, traduction de J. Cyr, 1878), jusqu'à Mossé (*Accidents de la lithiase biliaire*, th. d'agrég., 1880), jusqu'à Béraud, Gonzalès, Dagron, Kirmisson et Rochard, Audry, Raymond, Garin, jusqu'à Körte, Metzquer en Allemagne, Fitz en Amérique, Walthers en Angleterre, pour trouver une étude clinique avec observations à l'appui, de l'occlusion intestinale aiguë d'origine biliaire.

« Cette forme d'obstruction intestinale, a dit Murchison, en parlant de la forme aiguë et en la comparant à la forme

chronique, se distingue surtout par l'intensité de la douleur, les vomissements incessants et violents, les crises fréquentes et intermittentes, la rapidité avec laquelle la dernière crise se termine souvent par la mort. »

L'étude de l'occlusion intestinale aiguë par calcul est donc faite. Mais tous ces auteurs et Murchison lui-même qui, pourtant, avait bien différencié les deux formes, ont surtout insisté sur la forme chronique et c'est dans le cours de l'étude de cette forme chronique qu'ils ont été appelés à parler des rares cas de forme aiguë qui se présentent.

Quant à nous, nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits absolument nouveaux.

Cependant, nous avons pensé, à la suite de deux cas nouveaux d'occlusion aiguë que nous avons pu voir, qu'il serait peut-être intéressant de scinder l'étude de l'occlusion aiguë et chronique, et d'insister sur certains points laissés jusqu'ici dans l'ombre. Tel sera le sujet de notre thèse de fin d'études.

Après avoir rappelé en quelques mots l'étiologie, le mécanisme et l'anatomie pathologique communs en quelque sorte à l'occlusion aiguë et chronique, nous nous étendrons plus longuement sur les signes cliniques, le diagnostic, le pronostic, le traitement propres à l'occlusion aiguë.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de nous occuper des causes qui président à la formation de la lithiase biliaire.

De même, un calcul étant formé dans la vésicule biliaire, pourquoi ce calcul par son passage dans l'intestin déterminera-t-il une occlusion aiguë ou chronique? Toujours est-il que dans les deux formes aiguës et chroniques, on observe les mêmes particularités relatives aux conditions spéciales au milieu desquelles se développent les phénomènes de l'occlusion intestinale.

Les adolescents sont très rarement frappés; ce sont surtout les adultes ayant dépassé quarante ans, qui sont atteints. Parmi ces adultes, les femmes sont plus souvent frappées que les hommes. Est-ce parce que les femmes, par leur vie sédentaire, favorisent la formation du cholélithe et les adhérences entre la vésicule biliaire et l'intestin?

A côté de ces causes d'ordre physiologique, on a fait intervenir des causes d'ordre anatomique, étroitesse de certaines portions de l'intestin (obs. Denis) par rapport

aux autres, exagération de quelques replis valvulaires de la muqueuse de l'intestin formant de véritables diverticules. Enfin, comme causes accidentelles, citons : les brides péritonéales (obs. I, th. de Gonzalès), les adhérences plus ou moins solides des anses intestinales.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Foie. — Aux autopsies des sujets morts d'occlusion intestinale aiguë, il est rare de trouver des lésions du foie. Dans l'observation II inédite, on a noté une cirrhose d'origine biliaire tout à fait classique, mais dont l'origine remontait fort loin (voir l'obs. II) Dans ces cas, il est évident que la lésion hépatique n'est pas causée par l'obstacle siégeant dans l'intestin.

Vésicule. — Elle présente des lésions très intéressantes : ses parois sont sclérosées; la séreuse participe aussi au même travail inflammatoire, d'où production d'adhérences avec l'intestin. La pierre biliaire qu'elle contient tend par sa simple présence à ulcérer les parois; ce travail ulcératif se continue sur les parois de l'intestin, d'où production d'une fistule,

Cholédoque. — Il ne présente ordinairement rien de particulier, si ce n'est quelquefois un léger épaissement de ses parois. Dans l'observation II, on remarque, ce qui est absolument l'exception, car nous n'avons rien trouvé de semblable dans aucune observation, on remarque une portion dilatée présentant une fistule communiquant avec

l'intestin, et une portion avec ses dimensions normales, continuant jusqu'à l'ampoule la partie dilatée.

Intestin. — A l'encontre de ce qui se passe quelquefois dans l'occlusion chronique, c'est toujours sur le duodénum que se trouve l'ouverture faisant communiquer l'intestin et la vésicule; en effet, aucune observation d'occlusion intestinale aiguë ne relate de cas de fistule cystico-colique, cystico-gastrique, mais toujours de fistule cystico-duodénale.

Quant au siège même de l'obstacle dans l'intestin, il varie. Mais précisons davantage :

D'abord, dans quelle portion de l'intestin le calcul se fixe-t-il? Dans l'occlusion aiguë, le cholélithe s'arrête toujours dans l'intestin grêle. De plus, suivant diverses causes, il se fixe plus ou moins haut, mais d'une façon générale, dans la première moitié de l'intestin grêle. De ce fait, comme nous le verrons plus loin, découlent d'intéressantes remarques.

Il nous reste maintenant à étudier les lésions de l'intestin : ce sont celles de toute occlusion intestinale. Au-dessous de l'obstacle, l'intestin est sain, mais diminué de volume, ratatiné en quelque sorte. Au niveau de l'occlusion, les parois sont boursouflées, plus ou moins injectées, suivant le volume du calcul et la date à laquelle remonte le début de l'occlusion. Au-dessus, l'intestin est distendu quelquefois par des liquides et des gaz.

Calculs biliaires. — Ils présentent tous à peu près une structure identique : au centre, un noyau de cholestérine avec des stries concentriques ; à la périphérie, une

mince couche de matière fécale ou de parcelles alimentaires. Quant à leur forme, elle est à peu près celle d'un ovale et leur volume, celui d'un petit œuf.

En résumé, de cet exposé nous avons surtout à retenir :

1° Le siège de la fistule intestinale, qui se trouve toujours sur le duodénum, fistule cystico-duodénale ;

2° La partie de l'intestin où siège le calcul, c'est toujours l'intestin grêle ;

3° Le siège du calcul plus ou moins élevé, presque toujours dans la première moitié de l'intestin grêle.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Un fait digne de remarque, c'est que, chez beaucoup de sujets atteints d'occlusion aiguë, on ne relève souvent aucune crise de colique hépatique dans leurs antécédents personnels, c'est-à-dire que le calcul pour arriver dans l'intestin passe par la fistule cystico-duodénale et non par le cholédoque. Faut-il maintenant admettre que chez ceux qui ont présenté des attaques de colique hépatique, le calcul ait cheminé à travers le cholédoque ? Pas davantage, car, d'une part, on ne saurait expliquer la formation de la fistule cystico-duodénale ; d'autre part, ce calcul, après avoir traversé le cholédoque et arrivant dans l'intestin, déterminerait de suite sinon une occlusion aiguë, tout au moins des phénomènes d'occlusion chronique. Or, dans l'observation 2, nous voyons que les phénomènes d'occlusion ont apparus cinq ou six mois après une crise de coliques hépatiques. Donc, le calcul arrive bien dans l'intestin par la fistule cystico-duodénale.

Une fois dans le duodénum, ce calcul, par suite des mouvements péristaltiques de l'intestin sera poussé vers le cæcum. Le volume du calcul sera-t-il considérable,

l'intestin du sujet présentera-t-il une grande sensibilité, y aura-t il le concours d'autres causes que nous ne connaissons pas, sous l'action du spasme de l'intestin, le calcul s'arrête et une occlusion intestinale aiguë se déclare.

CHAPITRE IV

SIGNES CLINIQUES

Dans la forme d'occlusion que nous étudions, on trouve plusieurs signes cliniques communs en même temps à l'occlusion aiguë par invagination, volvulus ou bride péritonéale. Cependant, quelques-uns de ces signes sont plus nettement accusés dans l'occlusion aiguë par calcul biliaire, enfin, nous en trouvons un que l'on rencontre dans cette dernière forme seule.

Au début de toute attaque d'occlusion aigue, on n'observe pas toujours le même phénomène. Tantôt les signes d'occlusion débutent par une violente douleur dans l'abdomen, tantôt ce sont les vomissements qui ouvrent la scène et sont suivis de violentes douleurs, tantôt, enfin, douleurs et vomissements sont concomitants. Mais ce sont toujours ces deux éléments, douleurs et vomissements, qui débutent.

La douleur est violente, excessive, angoissante et fait pousser au malade des cris désespérés. Elle peut atteindre son maximum au début et conserver jusqu'à la fin la même acuité ou présenter des exacerbations avec des périodes de calme relatif. Mais, fait à signaler, cette douleur ne laisse aucune période de répit complet au

malade et finit rapidement par l'excéder. Quant à son siège, il est des plus variables. Il ne peut faire soupçonner la nature du mal : tantôt, c'est vers l'hypocondre droit ou gauche, tantôt, dans les fosses iliaques ou vers l'ombilic. Quelquefois, cette douleur s'irradie vers le rachis ou vers la cuisse. C'est ainsi que le malade de l'observation II accusait une douleur aussi violente à la cuisse qu'à la paroi abdominale qui était hyperesthésiée.

Les vomissements, avons-nous dit, s'observent au début. L'estomac est d'une intolérance excessive. Le malade vomit sans cesse ou fait des efforts pour vomir. Rien ne peut le calmer.

D'abord alimentaires, ces vomissements ne tardent pas à devenir rapidement bilieux. Mais observons-nous toujours ici le même cycle que l'on observe d'ordinaire dans toute occlusion du conduit intestinal ou dans toute hernie étranglée : vomissements alimentaires, puis bilieux, enfin fécaloïdes ? Dans plusieurs observations, nous avons relevé des cas où les vomissements fécaloïdes n'avaient pas fait leur apparition : les matières vomies, inodores, présentaient une couleur, soit brune ou verdâtre, mais jamais jaunâtre, avec une odeur *sui generis*.

Dans les observations XIV, XVII, on ne note pas de vomissements fécaloïdes. Dans d'autres cas, les vomissements nettement fécaloïdes au début cessent tout à coup de l'être vers la fin, c'est ce que nous trouvons dans l'observation II et dans l'observation XII.

Enfin, dans d'autres cas, les vomissements sont et restent jusqu'à la fin nettement fécaloïdes. En un mot, les vomissements du début de l'occlusion aiguë, sont alimentaires, puis bilieux, enfin fécaloïdes ou non.

Après les douleurs intolérables et les vomissements incoercibles apparaissent d'autres symptômes, coliques, besoins incessants d'aller à la selle, constipation opiniâtre, arrêt dans la circulation des gaz, enfin, le météorisme. Sur ce dernier symptôme, nous sommes obligé de faire quelques réserves. Nous ne partageons pas complètement la manière de voir de Raymond, qui dit dans sa thèse inaugurale (*De l'Occlusion intestinale par calculs biliaires*, Lyon, 1897) à la page 28, et en parlant de la forme aiguë de l'occlusion, « le ventre se ballonne avec une grande rapidité ».

Nous avons déjà dit que le calcul biliaire siégeait dans l'intestin grêle, à différentes hauteurs : d'ordinaire dans sa première moitié, rarement vers son bout inférieur. Il est évident que, si l'obstacle siège très haut, tout près du duodénum, la partie intestinale au-dessous de cet obstacle ne sera pas distendue par les matières fécales ou les gaz qui auront libre cours. Dans les 25 observations d'occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire, que nous avons pu réunir, nous avons recherché avec soin les renseignements fournis sur l'état de l'abdomen. Tout d'abord, 4 de ces observations étaient muettes à ce sujet ; 8 autres notaient un météorisme abdominal bien net ; enfin, dans les 12 autres nous avons trouvé des remarques au sujet de l'absence de météorisme.

C'est ainsi que, dans l'observation II, le malade n'a présenté à aucun moment du météorisme : au début de son affection, la douleur, les vomissements, les coliques, l'arrêt complet dans le cours des matières fécales et des gaz font porter le diagnostic d'occlusion, mais ce diagnostic n'est pas ferme à cause du ventre plat, très souple.

Au moment même de l'opération l'état était le même. Dans l'observation XII, nous trouvons : « la constipation prolongée, signalée par le malade, fait penser à une obstruction par matières fécales, mais le palper abdominal, d'ailleurs rendu difficile par l'épaisseur du panicule adipeux, ne révèle aucun empâtement ; d'autre part, le ventre n'est *ni tendu, ni météorisé*. » Merklen, en publiant cette observation, la fait suivre des réflexions suivantes :

« A ces signes, intolérance gastrique excessive et vives douleurs, l'on pourrait en ajouter un troisième, qui, chez notre malade, nous avait fort intrigué. Nous voulons parler de l'absence du météorisme pendant la période d'étranglement. Ce caractère négatif, dû au siège de l'obstacle ou du spasme tout à l'origine de l'intestin (localisation exceptionnelle de l'iléus) pourrait, ce nous semble dans des cas semblables au nôtre, éveiller l'hypothèse d'une occlusion par calcul biliaire. »

Dans l'observation XV, nous notons une très légère tension de l'abdomen.

Dans l'observation XVII, pendant un mois le malade présente des phénomènes d'occlusion chronique, avec météorisme, douleurs sourdes, alternatives de constipation et de diarrhée ; puis survient rapidement une crise aiguë et le ballonnement du ventre disparaît.

Dans l'observation XVIII, pas de météorisme ; observation XX, très léger ballonnement ; observation XXI, pas de météorisme ; observation XXV, très léger ballonnement ; observation VI, pas de météorisme ; observations XXI, XIX, abdomen ni souple, ni distendu.

Par ce rapide aperçu, les réserves que nous avons faites plus haut sont pleinement justifiées et, d'après notre sta-

tistique, nous dirons que dans la moitié des cas, le ballonnement du ventre fait défaut.

Mais tout n'est pas terminé ; d'autres accidents vont venir s'ajouter : d'abord des accidents gastriques : anorexie complète, langue sèche, couverte d'un enduit épais manquant en certains endroits. L'haleine est fétide, la soif est vive, d'autant plus vive, que l'ingestion d'une minime quantité d'eau provoque de nouveaux vomissements. Puis à la douleur, aux vomissements, à la soif inextinguible s'ajoute le hoquet. Le tableau est complet. L'état général devient très grave : en très peu de jours le facies du malade est complètement modifié : le sujet est déprimé, le pouls est fréquent, faible, filiforme, irrégulier, des crampes douloureuses envahissent les membres ; les yeux sont excavés, le nez effilé, les joues creuses, les extrémités se refroidissent, les urines deviennent rares, rouges, chargées de sel, la température du corps descend au dessous de la moyenne et le malade meurt.

La fin de ce tableau présente pas mal d'analogie avec celui de l'occlusion en général.

Ce que nous avons surtout à retenir de cette description, c'est :

1° La douleur qui du début à la fin ne laisse pas un instant le malade en repos ;

2° Les vomissements incessants, tantôt bilieux et fécaloïdes, tantôt exclusivement bilieux ;

3° Dans la moitié des cas, l'absence de météorisme ;

4° La marche rapide des accidents.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire est d'une extrême difficulté. Il suffit de lire la plupart des observations pour s'en convaincre. Dans aucun cas, le diagnostic n'a été nettement posé et le cholélithe a été soit une surprise d'opération, soit une trouvaille d'autopsie.

Cette grande difficulté, cette impossibilité presque de diagnostic se comprend aisément. L'affection est très rare. Déjà l'occlusion chronique ne se diagnostique pas aisément. Pourtant cette forme est caractérisée d'ordinaire par une période prodromique quelquefois très longue, dans laquelle alternent les troubles gastro-intestinaux, l'ictère et la colique hépatique qui dénotent leur origine biliaire. Dans l'occlusion aiguë, rien de tel : une attaque soudaine avec douleur, vomissements, marche rapide des accidents. Comme antécédent, on ne relève parfois rien du côté du foie ou des vésicules biliaires, ou bien le malade accuse une attaque de colique hépatique, mais il y a si longtemps qu'on n'y attache aucune importance.

Le diagnostic est-il donc réellement impossible ? Nous verrons que, si le clinicien ne peut pas parfois porter un

diagnostic ferme, il pourra souvent soupçonner fortement la nature de l'occlusion. D'abord le clinicien a deux questions à résoudre :

1° Existe-t-il une occlusion ?

2° Si elle existe, quelle en est sa cause ?

I. Existe-t-il une occlusion ?

Reconnaître l'existence d'une occlusion aiguë est le premier point du diagnostic. C'est toujours le diagnostic différentiel avec la péritonite et surtout la péritonite par perforation, qui est la grosse difficulté. De fait, dans l'occlusion aiguë par calcul biliaire, il y a toujours eu une poussée de péritonite localisée à la vésicule et à l'intestin. Mais les accidents de cette péritonite sont bénins et n'entrent pas en ligne de compte pour le diagnostic. Dans l'occlusion aiguë et la péritonite par perforation, même début : douleur violente avec ou sans frissons, vomissements. Mais en faveur de la péritonite, on invoque la généralisation rapide de la douleur, le météorisme, égal des deux côtés, la constipation moins absolue, l'émission de quelques gaz, la température qui s'élève rapidement.

Le diagnostic différentiel peut donc être posé.

Reste à répondre à la deuxième question.

II. Quelle est la cause de cette occlusion ?

A quelle cause attribuera-t-on en général une occlusion aiguë ? A une invagination, à un volvulus, à un étranglement herniaire, très rarement, pour ne pas dire jamais, à un calcul biliaire.

1° Invagination. — L'invagination est surtout fréquente dans le jeune âge, jusqu'à 5 ans. De 5 à 40 ans, elle devient de plus en plus rare. Or, nous avons vu que l'occlusion par calcul s'observait surtout dans la vieillesse. De plus, l'invagination occupe toujours la fin de l'intestin grêle ou le commencement du gros intestin : d'où vomissements alimentaires, bilieux, enfin fécaloïdes intenses, ballonnement du ventre. Nous savons que, dans l'occlusion aiguë, on note quelquefois l'absence de vomissements fécaloïdes et bien plus souvent l'absence de météorisme abdominal. Enfin, la marche de l'invagination est bien moins rapide que celle de l'occlusion.

2° Volvulus. — Y a-t-il des différences notables entre la marche d'une occlusion aiguë par calcul et une occlusion aiguë par volvulus ou torsion de l'intestin ? Le diagnostic de volvulus est d'abord lui-même très difficile à poser. Cependant, en faveur du volvulus, on peut invoquer au début le météorisme localisé, le siège de la douleur localisé aussi, soit sur le côlon pelvien, ascendant, transverse ou descendant ; plus tard l'énorme développement de l'abdomen, les anses intestinales dilatées, accolées aux parois abdominales, les vomissements de la fin très abondants et fécaloïdes.

3° Etranglement herniaire. — Un interrogatoire attentif, un examen complet pourront faire songer à un étranglement herniaire. Nous voyons, dans les observations V et XXV, les malades atteints d'occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire, porter une hernie. Dans les deux cas, c'est à la hernie qu'ont été attribués les accidents.

4° Calcul biliaire. — Pour nous résumer, nous allons

donner les signes en faveur de l'occlusion aiguë par calcul.

1° Antécédents du malade. Le malade n'a-t-il jamais été atteint de colique hépatique? Si oui, à quelle époque, dans quelles circonstances?

2° L'âge du malade, son sexe. Les vieillards et surtout les femmes sont plus souvent frappés;

3° L'attaque soudaine du mal;

4° Les vomissements incessants;

5° L'absence de météorisme est un très bon signe. Malheureusement ce signe fait défaut dans la moitié des cas.

6° La rapidité de la marche des accidents.

Comme nous le voyons, aucun de ces signes n'est pathognomonique de l'affection. Mais tous ces signes réunis permettent, sinon de porter un diagnostic assuré, du moins de soupçonner une occlusion aiguë par calcul. Ainsi le cas type de l'occlusion serait le suivant : une femme âgée, qui a eu, il y a longtemps même, une attaque de colique hépatique, est prise soudainement d'une violente douleur dans l'abdomen, de vomissements incoercibles, d'arrêt dans la circulation des matières fécales et des gaz, son ventre, au lieu d'être ballonné, est plat et très souple, les accidents marchent très vite.

Il est évident qu'en réunissant tous ces signes on pourrait diagnostiquer une occlusion aiguë par calcul biliaire. Mais tous les cas se ressemblent-ils? Non, certes. Dans tous les cas, si dans le cours d'une occlusion aiguë on rencontre un de ces signes, l'absence de météorisme surtout, on doit soupçonner une occlusion par calcul biliaire.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

On n'a qu'à parcourir les 25 observations d'occlusion aiguë que nous avons pu réunir à la fin de cette étude, pour se faire une idée de la gravité du pronostic. Sur les 25 cas, nous relatons 18 morts et 7 guérisons, c'est-à-dire 72 pour 100 de mortalité. Rochard, lui aussi, donne 72 pour 100 de mortalité. Les statistiques des divers auteurs ne donnent pas les mêmes chiffres : ceci tient à ce qu'ils ont réuni les cas d'occlusion aiguë et chronique, et que le pronostic de l'occlusion chronique est bien moins sombre que celui de la forme aiguë. Nous trouvons les chiffres suivants :

Pour : Gonzalès.	59 0/0 de mortalité.	
— Dufourt	56 0/0	—
— Courvoisier	44 0/0	—
— Rochard et Kirmisson.	62 0/0	—
— Raymond	64 0/0	—
— Wisong	74 0/0	—

Mais à quoi attribuer la gravité du pronostic ? Deux facteurs interviennent. Ce sont :

1° L'épuisement nerveux très rapide ;

2° Le diagnostic fait trop tard, d'où intervention inefficace.

Nous avons vu, d'après ce qui précède, la rapidité des accidents. La douleur, les vomissements, le hoquet affaiblissent d'abord le malade ; son âge avancé, la suppression complète de tout aliment rendent la chose très facile. De plus, ne peut-on pas faire jouer un rôle au passage direct de la bile dans l'intestin, sans séjour dans la vésicule ? Il doit se passer ici ce qui se passe dans la cholécystérostomie.

Puis, au niveau du calcul, enchatonné en quelque sorte dans l'intestin, naît un réflexe qui produit un spasme de l'intestin. A ce spasme localisé succède rapidement une paralysie intestinale complète ; c'est ainsi que dans l'observation I, la malade, après l'intervention, n'a plus de vomissements, va abondamment à la selle, a son pouls qui est bon et semble revenir à la vie. Mais, le lendemain, les vomissements réapparaissent, les anses intestinales atteintes de paralysie laissent persister le ballonnement et la mort survient bientôt.

Avec cette paralysie intestinale arrive parallèlement la dépression du système nerveux central.

A l'hyperexcitabilité du début succède à la fin la dépression et le malade meurt par épuisement nerveux.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT.

Raymond dit, dans sa thèse inaugurale, chapitre V, en parlant du traitement de l'occlusion aiguë par calcul : « Dans cette forme, les accidents graves sont rapides, les phénomènes nerveux sont intenses, le diagnostic exact est, nous l'avons vu, à peu près impossible. Employer à l'aveuglette des moyens médicaux d'une efficacité douteuse serait perdre un temps précieux. Ce serait permettre un état général tellement désespéré qu'aucune opération ne puisse être proposée.

« Aussi, sur ce point, tous les auteurs sont unanimes : en présence de cas aigus, à moins que l'âge extrêmement avancé (90 ans, Rolson) ou un état général ne laisse aucune lueur d'espoir, doit-on recourir d'emblée à la laparatomie à la fois exploratrice et curative. Plus tôt on opérera, mieux cela vaudra ; le malade n'étant pas débilité pourra mieux supporter le choc opératoire. »

Il est évident que la douleur, les vomissements, tous les accidents en un mot sont produits par la présence du calcul dans l'intestin. Ce calcul est enchatonné dans la portion intestinale qui l'entoure. Au début de l'affection, alors que le spasme, la contracture de l'intestin l'empê-

chent de progresser, alors que les parois de l'intestin s'accolent sur le cholélithe, au point de se perforer, le traitement médical ne sera d'aucune efficacité. A la fin, quant l'épuisement nerveux sera considérable, son inefficacité sera la même. D'ailleurs, dans nos 24 observations où nous relatons 7 guérisons, le chirurgien est intervenu 18 fois et a obtenu 6 guérisons, c'est-à-dire les 6/7. Dans les 7 autres cas, les malades ont été soumis à un traitement exclusivement médical et il n'y a eu qu'une seule guérison produite par l'expulsion du calcul, c'est-à-dire le 1/7. Par le traitement chirurgical, les 6/7 donc de guérisons sur le nombre des guérisons totales, par le traitement médical, le 1/7 seulement.

Est-ce à dire qu'il faille systématiquement rejeter tous les moyens que la médecine nous met en main ? Non, certes, pas tous. C'est ainsi que Raymond, dans sa thèse, proscrit absolument l'usage des purgatifs, avec juste raison.

Comme il le dit, l'occlusion étant presque toujours, en tout ou en partie, due à un spasme intestinal, les purgatifs ne peuvent qu'en augmenter la violence et appliquer plus étroitement les parois des conduits contre la pierre. De plus, en produisant de violentes contractions ils tiraillent les adhérences cystico-intestinales avoisinant la fistule par où est arrivé le calcul et ils augmentent l'intensité des douleurs et les chances de péritonite. Et il conclut : donc jamais de purgatifs.

Mais, par contre, pour combattre les douleurs intolérables, les vomissements incessants, le spasme de l'intestin, on pourra très avantageusement, au début, employer l'opium sous ses différentes formes suivant les cas, et la

glace soit en application sur l'abdomen, soit en ingestion par petits morceaux.

De même, les lavements ne doivent pas être systématiquement mis de côté. Si, à la vérité, ils ne sont pas suivis d'effets bien marqués, ils n'ont, par contre, aucune action nuisible. On peut donc les employer au début, dans l'expectative, mais en se tenant toujours prêt à intervenir d'une manière plus efficace. Quant aux lavements gazeux, Margrave les rejette complètement.

Il est inutile d'insister, croyons-nous, sur l'abstention absolue de massage sur l'abdomen.

En un mot, si le traitement médical ne peut pas, ne doit pas être le traitement définitif, il nous offre quelques précieux adjuvants : entre autres l'opium dans ses différentes préparations, et la glace.

La seule planche de salut pour le malade est donc l'intervention chirurgicale. Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire. Raymond l'a trop bien décrit, nous ne pourrions que le répéter. Disons seulement qu'après avoir pris toutes les précautions d'usage pour une laparotomie, une fois qu'on est arrivé sur l'intestin, on va à la recherche du cæcum. Dans tous les cas d'occlusion aiguë par calcul, le cæcum sera vide, affaissé. Aucun gaz ne le distendra. L'obstacle est donc en amont du cæcum. Faisons cependant, à ce sujet, une petite réserve. L'état de vacuité ou de dilatation du cæcum ne renseigne pas toujours sur le siège de l'obstacle dans l'intestin. C'est ainsi que M. Delore a trouvé le cæcum dilaté dans un cas de torsion de l'intestin grêle et le cæcum aplati dans un cas de volvules de l'S iliaque. Mais d'une façon très générale, le clinicien est renseigné par l'état du

cæcum. Très prudemment, à partir du cæcum, on remontera l'intestin. Par cette manœuvre on arrivera fatalement, à moins de complications imprévues, sur l'obstacle. A ce niveau la main sentira un corps dur, faisant corps avec la paroi de l'intestin, n'étant pas mobilisable par conséquent. En effet, le calcul est toujours étroitement appliqué sur la paroi du conduit ; le spasme empêche de le faire glisser en haut ou en bas, à moins que l'opération ne soit faite *in extremis* sur un sujet totalement épuisé et qu'au spasme n'ait succédé la paralysie intestinale. Le calcul n'étant pas mobilisable, deux cas se présentent : ou bien les parois intestinales bien qu'ecchymosées sont saines encore et l'on fait alors une entérotomie, ou bien elles présentent un commencement de sphacèle (cas de Gangolphe) et on a recours à une résection intestinale. Dans le premier cas, le plus fréquent, il est utile, lors de la suture intestinale, de faire cette suture transversale comme pour la pyloroplastie, ainsi que l'ont fait en pareil cas, Körte, Gangolphe, Delore. L'intestin, en effet, est rétracté à ce niveau, et une suture longitudinale ne pourrait amener qu'un rétrécissement après cicatrisation.

Le résultat ainsi serait compromis. Peut-être encore, d'après M. Delore, serait-il préférable, dans l'entérotomie, de faire une incision circulaire au lieu de longitudinale.

Cette incision circulaire s'arrêterait de chaque côté du mésentère. La pierre retirée de l'intestin, on enlèverait aux deux bouts sectionnés une lame de tissu d'autant plus large qu'on s'éloignerait davantage du mésentère. Puis l'on suturerait. On aurait fait en quelque sorte une petite résection intestinale. Ce procédé donnerait, la

suture faite, un rétrécissement encore moindre que dans l'entéroplastie.

C'est ainsi que, dans l'observation I, M. Delore, après l'entéroplastie, vit l'intestin revenir sur lui-même au niveau de la suture, le spasme n'ayant pas été détruit. Cette bande d'intestin enlevée, si mince fût-elle, détruirait-elle peut-être ce spasme, qui, par sa présence, produit un rétrécissement de l'intestin.

Avant de terminer cet exposé, nous tenons à attirer l'attention sur un point. Il est admis par tous les chirurgiens que dans l'occlusion intestinale aiguë en général, alors que l'état général du malade est très mauvais, il est utile de recourir à l'entérostomie, surtout si l'intestin a toutes les apparences d'être paralysé.

L'anus contre nature se fait ordinairement sur le gros intestin et la guérison est de règle.

Mais, si l'entérostomie porte sur l'intestin grêle, même sur la portion avoisinant le cæcum, le succès est douteux.

Dans l'occlusion aiguë par calcul, et M. Delore insiste beaucoup sur ce point, il faut bien se garder de pratiquer un anus contre nature

Le calcul siège très haut, et un anus contre nature à ce niveau amène infailliblement la mort : le malade meurt d'inanition. C'est ainsi que la malade de l'observation I, malade opérée par M. Delore, présenta, le surlendemain de l'opération, alors que la première journée avait été satisfaisante, une recrudescence des accidents du début de la maladie : vomissements incoercibles, ballonnement du ventre encore accru. On crut devoir alors pratiquer l'ablation des fils de section et un anus contre nature.

C'est à l'entérostomie qu'est dû le décès de l'opérée.

En résumé, le traitement chirurgical est le seul traitement rationnel de l'occlusion aiguë par calcul. Au début seulement, on peut avoir recours, mais sans y insister, au traitement médical, en se tenant prêt à toute éventualité.

Quant au procédé opératoire, le meilleur, dans les cas ordinaires, est l'entéroplastie.

S'il est indispensable de faire une entérectomie, il faut bien se garder de pratiquer ensuite un anus contre nature.

De même, si l'entéroplastie ne fait pas disparaître tous les accidents, il faut se garder également de pratiquer une entérostomie. La mort serait alors inévitable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(due à l'obligeance de M. le professeur Poncet).

Occlusion intestinale aiguë, par calcul biliaire.

Laparo-entérotomie. Mort.

La nommée C. J..., cinquante-deux ans, entre le 28 mai 1899 à la clinique de M. le professeur Poncet (salle Sainte-Anne).

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on relate diverses crises de coliques hépatiques antérieures, dont la dernière remonte au mois de septembre 1898. Le début de l'affection actuelle date du 23 mai. Ce jour-là, la malade fut atteinte de douleurs dans l'abdomen, de vomissements. Quand M. Delore vit la malade en ville, elle vomissait toujours, n'était pas allée à la selle depuis quatre jours, le ventre était ballonné, les extrémités froides. La malade fut transportée d'urgence à la clinique.

Opération. — 28 mai 1899. — *Suites.* — M. Delore, chef de clinique chirurgicale, pratique une laparotomie iliaque droite, dans l'intention d'établir un anus iliaque, car cette femme déjà âgée, cachectique, présentait de tels

phénomènes généraux qu'une laparotomie paraissait absolument contre-indiquée, bien qu'en principe cette intervention constitue souvent la meilleure conduite chirurgicale.

Après ouverture du péritoine, pas d'épanchement péritonéal. Le cæcum apparaît aussitôt : il n'est pas dilaté. L'obstruction siégeant sur l'intestin grêle, l'opérateur attire alors la première anse paraissant dilatée et qui, ici, plongeait dans le petit bassin. Cette anse est rapidement déroulée sur une longueur de 15 à 20 centimètres. A ce moment, l'anse intestinale qui est amenée au dehors, se montre contenant dans sa lumière un corps étranger, volumineux, dur, qui l'obstrue complètement. Elle est, du reste, très congestionnée, amincie sur l'obstacle et recouverte de quelques suffusions sanguines sous-séreuses. Au-dessus, l'intestin est énormément dilaté; au-dessous, il est revenu sur lui-même et comparable à un intestin de poulet.

Le corps étranger, qui est cylindrique, n'étant pas mobilisable, l'anse est attirée au dehors de la plaie, la cavité abdominale est protégée avec des compresses de gaze. M. Delore pratique une entérotomie (3 centimètres environ) et retire le corps étranger qui n'est autre chose qu'un volumineux calcul biliaire. La plaie intestinale est alors refermée par deux plans de suture. Une entéroplastie remédie à la diminution de la lumière intestinale qui serait résultée d'une suture longitudinale simple. Cependant, l'intestin, une fois la suture terminée, revient sur lui-même, comme sous l'effet d'un spasme : il se forme un rétrécissement à ce niveau. Après la précaution d'asepsie usuelle, on établit un drainage de cette plaie en y maintenant par des compresses l'anse incisée.

La durée de l'intervention n'avait pas été d'une demi-heure. Le choc opératoire fut ainsi réduit au minimum.

Le poulx était imperceptible avant l'opération, l'anémie complète, ce qui fit diagnostiquer, à juste raison, un obstacle intestinal haut placé.

Il y avait du refroidissement périphérique. On pratiqua aussitôt une injection de sérum artificiel à 7 pour 1000.

Le calcul extrait est long de 5 centimètres, son petit diamètre est de 3 cm. 50.

29 mai. — La température était normale, la malade avait été abondamment à la selle, le poulx était bon. Pendant vingt-quatre heures, la sécrétion rénale ne fut que de 250 grammes.

Les douleurs ayant disparu ainsi que les vomissements, on pouvait espérer une guérison.

30 mai. — Les vomissements avaient reparu. Les anses intestinales atteintes de paralysie laissaient persister le ballonnement. On crut devoir pratiquer l'ablation des fils de suture et faire un anus contre nature.

L'abdomen devint rapidement souple, les vomissements cessèrent, mais l'anus contre nature était placé haut, les aliments passaient par l'orifice, colorés par la bile et imprégnés de suc gastrique. Dès lors, l'inanition fit de rapides progrès, malgré les lavements alimentaires.

La malade mourait le 6 juin, huit jours après l'opération.

AUTOPSIE. — Pas de péritonite. L'intestin, au-dessus de l'anus contre nature, est resté fortement dilaté. Il est rétracté au-dessous.

La vésicule biliaire a disparu. La face antérieure de la

première portion du duodénum est adhérente à la face inférieure du foie, au point où siégeait la vésicule.

Sur cette face duodénale existe une vaste perforation large comme une pièce de 5 francs, adossée par des adhérences lâches à la face inférieure du foie.

Entre le foie et le duodénum existe une cavité limitée par des adhérences, dans laquelle a dû séjourner le calcul pendant un certain temps. Il tomba ensuite sous le duodénum par cette fistule cholécysto-duodénale.

Malgré le mauvais état général de la malade, il eût été possible peut-être d'obtenir la guérison, si l'on n'avait pas, pressé par de nouveaux accidents, pratiqué l'entérostomie.

OBSERVATION II (inédite)

(due à l'obligeance de M. le D^r Denis, chirurgien
à l'hôpital de Mustapha).

*Occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire. —
Laparo-entérotomie. — Mort.*

Le nommé L. C..., cinquante-neuf ans, comptable, demeurant à Mustapha, entre à l'hôpital civil de Mustapha, le 24 janvier 1899 à 8 heures du soir.

Antécédents personnels. — Alcoolique. A eu la dysenterie à l'âge de vingt-quatre-ans, pendant son service militaire. A fait la campagne de 1870, où il contracte une bronchite. Depuis, tousse toujours un peu. Il y a huit mois environ, a une congestion pulmonaire grippale de la base

gauche, qui a paru céder à l'application de nombreuses pointes de feu.

Il y a quatre mois, attaque d'appendicite nettement caractérisée; immédiatement après, coliques hépatiques très violentes; durée trois jours.

Maladie actuelle. — En soignant son fils atteint de fièvre typhoïde se fatigue beaucoup pendant quelques jours. Au moment où son fils entre en convalescence, vers le 10 janvier, L. C... est pris de malaises, coliques, constipation, éructations.

Pas de douleurs localisées. Régime lacté, administration d'un purgatif qui provoque des selles. Les symptômes persistent toujours, mal définis.

11 et 12 janvier. — Il y a encore des selles spontanées ou provoquées.

14 janvier. — Sulfate de soude, 30 grammes, résultat insignifiant.

15 janvier. — Sulfate de soude 30 grammes. Résultat presque nul. Mais violentes douleurs au creux épigastrique.

17 janvier. — Le médecin traitant, le Dr Cabannes, songe à de l'obstruction intestinale, mais il n'y a ni ballonnement du ventre, ni pouls mauvais, ni vomissements.

18 janvier. — Début des vomissements alimentaires puis bilieux. L'état général est encore bon.

19 janvier. — Les vomissements deviennent plus fréquents, la douleur du creux épigastrique encore plus violente.

20, 21 et 22 janvier. — Les mêmes symptômes subsistent, l'état général devient de plus en plus mauvais.

23 janvier. — Consultation médicale, avec M. le

D^r Labbé. On s'arrête au diagnostic d'obstruction, tout en faisant des réserves, à cause de l'absence totale de *météorisme*. La morphine et la glace sont ordonnées, et l'on se tient sur l'expectative.

24 janvier. — Les accidents deviennent de plus en plus menaçants, le malade est amené à l'hôpital de Mustapha salle Larrey, pour y être opéré. M. Denis, ayant été averti, arrive pour faire l'opération.

Le malade est dans un état très précaire : les traits tirés, les yeux excavés, le nez effilé, les joues creuses, la langue sèche, le pouls incomptable, les extrémités refroidies, des crampes excessivement douloureuses à la cuisse droite, des vomissements, du hoquet.

Différer l'opération, c'était vouer ce malade à la mort. Bien que l'état général fût excessivement mauvais, il fallait tenter l'opération, c'était la seule chance de salut.

Opération. — Le malade est anesthésié. L'abdomen, bien que très souple et pas météorisé, ne fournit à la palpation aucune sensation bien nette. Aussi M. Denis fait-il son incision sur la ligne médiane, au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Arrivé sur l'intestin, il introduit la main dans la cavité abdominale. Il sent aussitôt une anse intestinale un peu haut placée dans l'hypocondre gauche et contenant un corps solide dans son intérieur. Cette anse intestinale, bien qu'un peu ecchymosée est encore saine. M. Denis fait une incision sur cette portion d'intestin et en retire un gros calcul biliaire du poids de 20 grammes. L'intestin est ensuite suturé suivant la méthode usuelle, mais de cette suture il résulte une diminution si notable dans la lumière du canal, que M. Denis, craignant avec juste raison un rétrécissement et une nouvelle

obstruction pour plus tard, en cas de guérison, pratiqua une entéro-anatomose. L'abdomen est refermé. Durant l'opération, qui n'avait pas duré longtemps cependant, on avait été obligé de faire deux injections d'éther au malade. Porté dans son lit, il reçoit encore en injection 500 centimètres cubes de sérum artificiel ; on le réchauffe, mais malgré tout, il meurt trois heures après l'opération.

Autopsie. — Faite par notre collègue le Dr Sergent. L'autopsie est faite cinq à six heures après la mort. On ouvre l'abdomen par la plaie opératoire et l'on examine de prime abord les sutures intestinales. Elles tiennent très bien.

La distance de ces sutures, point où le calcul était enchatonné, au pylore est de 3 m. 90. Au-dessus du calcul le canal a subi une dilatation énorme, les parois en sont violacées et leur vascularisation est intense. Au-dessous, au contraire, l'intestin est filiforme, le gros intestin participe à cette atrophie ; la mesure de la circonférence extérieure du côlon transverse donne 11 centimètres.

Les anses intestinales baignent dans un exsudat péritonéal louche.

La rate est petite, violette.

Le cœur paraît normal : à relever seulement quelques plaques d'athérome appliquées sur les sigmoïdes aortiques.

Les reins sont hyperémiés, très rouges, ne paraissant porter aucune lésion.

Le foie, petit, pèse 1170 grammes. Il est ratatiné et sa capsule est plissée légèrement. Sa couleur verdâtre foncée, frappe le regard et retient l'attention en même temps que ses dimensions réduites. La vésicule biliaire, petite, est adhérente de tous côtés aux organes qui l'entourent. On ne

peut la détacher du foie et, d'autre part, elle est fixée solidement au duodénum par des adhérences.

Le canal cholédoque présente deux parties très différentes d'aspect. La partie terminale, à partir du milieu environ du canal, jusqu'à l'ampoule de Vater, a subsisté normale et perméable au stylet, tandis que la première portion, celle qui fait suite à la vésicule, est très ectasiée et débouche directement dans le duodénum, par un large orifice, grâce à des adhérences, qui ont uni le cholédoque et le duodénum par une épaisse lame conjonctive. Cette partie dilatée du cholédoque se continue, d'ailleurs, en même temps avec sa partie terminale demeurée saine.

La surface extérieure des parois dilatées est le siège d'un exsudat de péritonite. Très vraisemblablement, le calcul a dû rester longtemps enclavé dans cette partie du cholédoque, et le travail inflammatoire que sa présence provoquait, en créant les adhérences cholédo-duodénales, lui a ouvert une porte de sortie plus directe sur l'intestin.

La rétention biliaire prolongée, que nous permettent d'affirmer les lésions du cholédoque, est encore visible dans ses effets sur le parenchyme et sur le stroma hépatique. En effet, la couleur vert foncé du foie, son poids diminué, son aspect lisse qui diffère beaucoup du petit foie des buveurs, en même temps que son atrophie proportionnellement sur les deux lobes, font penser à une sclérose biliaire, due non pas à une obstruction partielle des canaux hépatiques, mais à l'obstruction totale du cholédoque. Les coupes histologiques pratiquées sur des morceaux de foie nous montrent que l'aspect lobulaire est presque partout bien conservé, les veines centrales sont intactes, mais des traînées de tissu conjonctif jeune suivent les

canaux biliaires et envahissent les espaces portes où elles s'étalent en forme d'étoiles. Beaucoup de cellules hépatiques prennent mal la couleur, leur contour seul est coloré, le noyau n'apparaît pas nettement. Des groupes de ces cellules ont subi la dégénérescence graisseuse. En somme, ce foie est le type d'un cirrhose d'origine biliaire atrophique.

Le calcul retiré de l'intestin, d'une couleur jaune d'ocre, est à peu près sphérique, sans facettes nettes. Il pèse 20 grammes et mesure 20 centimètres cubes, c'est-à-dire il a la densité de l'eau. Il est cassant et friable. A la coupe, il montre des stries concentriques, sombres ou jaunâtres, se ressemblant toutes de la périphérie au centre. La plus grande partie du calcul se dissout dans le chloroforme et l'éther. En employant ces dissolvants, nous avons extrait la cholestérine, que nous avons reconnue par les réactions caractéristiques suivantes :

1° En traitant des débris du calcul par l'acide sulfurique concentré et en ajoutant un peu de chloroforme, nous avons obtenu une coloration rouge qui a passé au vert et au noir ;

2° En ajoutant de l'acide azotique à d'autres débris et en faisant sécher à l'étuve à 37 degrés, nous avons produit une tache jaune que l'addition d'ammoniaque a rendue rouge. Le calcul était donc formé en très grande partie de cholestérine.

Remarque : Cette observation présente ceci de particulier que le malade a eu d'abord une crise d'occlusion chronique ayant duré huit jours. Le neuvième jour, les symptômes ont pris une allure franchement aiguë et ont duré six jours. Du premier au dernier jour, il n'y a pas

eu un seul instant de ballonnement du ventre, ce qui avait fait hésiter un moment sur le diagnostic d'occlusion.

OBSERVATION III

(Obs. I, thèse de Raynaud, Lyon 1897.)

*Occlusion intestinale (aiguë) par cholélithe.
Laparo-entérotomie. — Mort.*

M..., est amenée dans le service de M. le professeur Gangolphe avec des signes d'obstruction intestinale absolue datant de six jours, et ayant débuté brusquement. Les moyens médicaux habituels : purgatifs d'abord, grands lavements, etc., ont été essayés inutilement en ville par les Drs Masson et L. Gangolphe.

La malade est obèse, son ventre est très tendu. La palpation révèle un empâtement vague autour de l'ombilic, et une susceptibilité douloureuse extrême.

Cette région donne de la matité à la percussion. Tout autour l'on constate du tympanisme, sauf dans les flancs, où l'on trouve de la matité. L'état général concorde naturellement avec l'absence d'évacuation gazeuse ou autre depuis six jours. La face est grippée, le pouls est à 130, l'anxiété extrême.

Depuis deux jours anurie absolue et vomissements fécaloïdes. La laparotomie d'urgence est résolue; on renonce à anesthésier la malade.

Opération. — On pratique sur la ligne médiane une incision de 8 à 10 centimètres de part et d'autre de l'ombilic.

On note une infiltration oedémateuse de la paroi. Le péritoine ouvert, les anses surdistendues de l'intestin grêle se précipitent au dehors. Après avoir constaté, avec la main introduite dans la cavité péritonéale, l'absence de tumeur, et avoir laissé évacuer une certaine quantité d'un liquide citrin, non hématique, on déroule méthodiquement l'intestin. On ne tarde pas à découvrir

l'obstacle, il s'agit d'un énorme calcul dont les contours sont visibles à travers les parois intestinales tendues sur lui et devenues transparentes.

Placé approximativement à la partie moyenne de l'intestin, il le divise en deux portions : l'une supérieure dilatée, l'autre inférieure vide et comme ratatinée. Une incision longitudinale de 2 cm.50 laisse échapper le calcul, ainsi qu'une certaine quantité de liquide fécal, fétide et de couleur jaune pâle. La pression manuelle en avant et en aval de l'incision arrête immédiatement cet écoulement dangereux.

Il ne reste qu'à obturer l'ouverture ainsi pratiquée. L'intestin, très distendu il est vrai, et fort aminci, ne présente aucun signe objectif de gangrène. Rien ne paraît donc plus simple que cette obturation et ne peut faire prévoir les complications qui vont prolonger d'une façon pénible l'opération.

On pose les fils suivant la méthode opératoire de la pyloroplastie, afin d'éviter tout rétrécissement cicatriciel. En joignant par le même fil les deux extrémités de l'incision, de longitudinale on la rend transversale, augmentant d'autant la lumière du canal.

Malgré toutes les précautions prises dans le maniement de l'aiguille, la paroi, surtout celle du bout supérieur, est tellement amincie qu'on ne peut éviter des perforations, par lesquelles s'échappe le liquide fécal. Il faut renoncer à ce procédé et recourir au bouton de Murphy-Villars, après la résection en forme de coin de la portion intéressée. Le bouton est appliqué suivant la méthode classique, sans aucune difficulté. On remarque la transparence extrême de l'intestin qui laisse voir tous les détails du bouton de Murphy.

Comme une petite portion de muqueuse fait hernie entre les deux pièces du bouton, on tente de faire à distance quelques points de perfectionnement. Averti par l'échec précédent, on enfonce à peine l'aiguille dans la séreuse, une perforation se produit à nouveau et tout est remis en question.

Nouvelle résection de quelques centimètres d'intestin et nouvelle application de bouton. Grâce à une section soigneuse de

toute portion saillante de la muqueuse, on peut se passer de points de perfectionnement. L'opération n'est pas terminée, il s'agit de faire rentrer par la plaie qui, relativement est petite, l'énorme masse de l'intestin distendu. C'est le temps le plus pénible et le plus long de l'opération.

On reporte la malade dans son lit, on cherche, par des injections de caféine, par des applications de glace, à combattre le collapsus croissant et les menaces de péritonite. Malgré cela l'état va en s'aggravant et la mort survient quinze heures après l'opération.

OBSERVATION IV

(Dr Pouget, *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.)

*Occlusion intestinale par calcul biliaire.
Laparotomie et entérotomie. — Guérison.*

Le 31 octobre 1891, entré à l'hôpital de Cannes, une malade atteinte d'accidents aigus, étranglement interne.

Il s'agit d'une dame âgée de soixante-quinze ans, qui est prise subitement le 25 octobre 1891, dans la soirée, de violentes coliques et de vomissements attribués à une indigestion.

26 octobre. — Malgré le traitement classique, les symptômes ne s'amendent pas. Les 27, 28, 29, 30, mêmes douleurs, vomissements, pas de garde-robe, ni d'émission de gaz.

A son entrée à l'hôpital, l'état général de la malade est très mauvais : Ventre distendu, très douloureux à la pression, surtout sur le flanc droit où l'on perçoit comme un empâtement, malgré la grande épaisseur des parois abdominales. Au niveau de l'ombilic, petite hernie épiploïque, non douloureuse, irréductible.

On suppose que l'intestin est venu s'étrangler sur une bride formée par l'épiploon.

Opération. — Laparotomie sur la ligne médiane, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, mais en contournant cet organe à son niveau : plusieurs anses d'intestin grêle sont trouvées vasculaires.

On déroule l'intestin à ce niveau et l'on tombe sur une anse contenant un corps dur. Entérotomie. On retire un calcul biliaire. Suture intestinale. Guérison.

OBSERVATION V (résumée).

(Robson, *British medical Journal*, 16 juillet 1892.)

Occlusion intestinale aiguë due à un volvulus produit par un gros calcul biliaire. Laparotomie. Guérison.

M^{me} H..., âgée de soixante-huit ans, au cours d'une bonne santé, est prise subitement d'une violente douleur abdominale et de vomissements. Au bout de trois jours, les vomissements étaient incessants. Le traitement médical est vainement appliqué.

A son entrée à l'hôpital, la malade offre du météorisme abdominal. Elle vomit toujours. L'opération est décidée.

Opération. — Laparotomie sur la ligne médiane. Intestin grêle très distendu, gros intestin aplati. Une anse d'iléon congestionnée est très resserrée. En la faisant glisser sur son axe mésentérique, elle produit un déroulement subit et les gaz et le liquide qu'elle contient s'échappent. Cette anse présente sur elle un sillon profond, environné d'une inflammation lymphatique récente.

L'abdomen est refermé, on suture à la plaie, mais sans l'ouvrir, l'anse profondément congestionnée. Le deuxième jour, les selles passent par le rectum. A la fin de la première semaine, la malade rejette par l'anus un gros calcul biliaire. C'était probablement la cause du volvulus. La guérison complète survint.

OBSERVATION VI (résumée).

(Kinneir, *British medical Journal*, 9 mars 1895.)

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

Laparo-entérotomie. — Mort.

La malade fut prise de douleur abdominale subite suivie de nau-

sées, le 14 janvier 1895. A partir du 15 janvier, constipation et vomissements fécaloïdes; 17 janvier, laparotomie; 21 janvier, entérotomie, et il est retiré un volumineux calcul biliaire. Les vomissements, qui avaient cessé pendant les six heures ayant suivi l'opération, reviennent par intermittence dans la journée du 22 janvier.

23 janvier: — Au matin, ils sont fécaloïdes et la mort survient dans l'après-midi.

A noter durant toute la maladie: pas de ballonnement abdominal, ni avant ni après l'opération.

Température normale; très peu d'urine.

OBSERVATION VII

(Körte, *Klinische Woch.*, février 1894.)

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

Laparo-entérotomie. — Guérison.

Homme de cinquante-deux ans, ayant déjà eu plusieurs attaques de coliques hépatiques, est pris le 30 septembre 1894 sans cause appréciable, de violentes douleurs intestinales, constipation complète, vomissements bientôt fécaloïdes. Ventre ballonné, peu sensible à la pression.

Opération. — Laparotomie, le 6 octobre. L'exploration méthodique fait découvrir dans la profondeur du petit bassin droit quelques anses affaissées sur elles-mêmes. En les suivant, Körte trouve, à 20 ou 33 centimètres en avant de la valvule de Bauhin, un corps complètement immobilisé. Entérotomie. Il est retiré un calcul. Suture intestinale comme pour la pyloroplastie. Guérison le cinquième jour.

Remarque. — Cette observation est intéressante par ce fait que le calcul siégeait dans le gros intestin, au lieu d'être dans l'intestin grêle.

OBSERVATION VIII

(Präparates von Choledochus Stein, par Körte,

Berlin. klinische Woch., octobre 1894.)

Homme, soixante-neuf ans, a eu plusieurs attaques d'étranglement interne qui rétrocédèrent bientôt. La dernière remonte à huit jours. Est pris tout d'un coup par une attaque d'occlusion à marche si aiguë, que l'état général ne permet pas une laparotomie. On fait une colotomie droite. Mort quinze jours après. A l'autopsie, calcul biliaire plus gros qu'une noix, enclavé dans l'intestin à 1 m. 30 au-dessous du duodénum.

OBSERVATION IX

(Lane, *Th. Lancet*, 18 août 1894.)

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

Laparo-entérotomie. — Guérison.

Malade, cinquante-quatre ans, a, le vendredi 20 avril 1894, tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë; traitement médical. Vomissements fécaloïdes; ballonnement du ventre. On décide une opération.

Opération. — Laparotomie médiane. On trouve dans une anse intestinale, non loin du pylore, un calcul biliaire. Suture de l'intestin au crin de cheval. Guérison.

OBSERVATION X (résumée).

(Trastour, de Nantes.)

Occlusion par calcul. — Sangsues. — Guérison.

Femme de cinquante-six ans, a eu en août des coliques hépa-

tiques. Le 27 octobre, douleurs abdominales avec vomissements alimentaires, puis bilieux. Un lavement purgatif donne trois selles.

30 octobre. — Mêmes douleurs. Des sangsues les apaisent. Les vomissements continuent. Lavements à la glycérine et à l'huile de ricin, qui amènent, le 2 novembre, l'expulsion d'un énorme calcul. Guérison.

Remarque. — C'est le seul cas d'occlusion aiguë que nous ayons vu mentionner, guéri par le traitement médical.

OBSERVATION XI

(Jeannel, *Archives provinciales de chirurgie*, 1896.)

Occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire.

Laparo-entérotomie. — Mort.

Une vieille dame présente tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë. Laparo-entérotomie. On retire de l'intestin grêle un gros calcul biliaire. Mort.

OBSERVATION XII (résumée)

(communiquée par M. le D^r Merklen à la Société clinique de Paris.)

Obstruction intestinale mortelle par calcul biliaire.

La nommée J. B..., quarante-deux ans, présente, du 10 au 17 août 1885, de l'embarras gastrique.

18 août. — Son état s'aggrave, elle s'alite et est soumise en ville à un traitement médical. Entre à l'hôpital Baujon ce jour-là.

19 août. — Vomissements fécaloïdes, mais sans mauvaise odeur, coliques, éructations fétides, constipation opiniâtre. La malade présente d'autre part l'état cholériforme des étranglements internes : T. = 36°,2 ; P. = 108 ; R. = 28. Extrémités froides et cyanosées. Crampes très douloureuses aux membres. Urines rares et rouges. Ventre ni tendu, ni météorisé.

Le traitement consiste en morphine, boissons glacées, grands bains. Du 20 au 23 août, état stationnaire.

24 août. — Emission de plusieurs gaz dans les efforts d'un vomissement. A partir de ce moment, soulagement. Lavement d'eau de Seltz suivi d'effet, puis ballonnement du ventre.

A partir du 25 jusqu'à sa mort, le 31, garde-robes à peu près tous les jours, vomissements toujours fréquents. La malade s'affaiblit de plus en plus et meurt.

A l'autopsie, on trouve un calcul biliaire pesant 17 grammes, enchatonné dans l'intestin grêle.

M. Merklen fait suivre cette observation de quelques réflexions. D'abord deux phases dans la maladie, une phase d'étranglement aigu et complet, sans météorisme abdominal, une phase d'occlusion imparfaite permettant le passage des matières et des gaz et avec ballonnement du ventre. Puis, ce caractère négatif, absence de météorisme, paraît, dans des cas semblables à celui-ci, éveiller l'hypothèse d'une occlusion biliaire.

OBSERVATION XIII

(Peebles, *Edinburg medical Journal*, 1888.)

Iléus causé par un calcul biliaire.

J. B..., âgée de soixante-dix ans, est prise tout d'un coup de vomissements auxquels se joignirent bientôt les autres symptômes d'une occlusion intestinale. Les accidents durent deux jours et la malade meurt.

On trouve à l'autopsie un calcul biliaire incarcéré dans l'intestin grêle à 14 pieds de la valvule iléo-cæcale.

OBSERVATION XIV

(Williams, *British medical journal*, 5 mars 1887.)

Obstruction intestinale par cholélithe. — Laparotomie. Mort.

Une dame âgée de soixante-dix ans fut prise tout à coup des accidents de l'obstruction intestinale. Pas de vomissements féca-loïdes. Un examen minutieux conduit à croire que l'obstruction était mécanique.

Une laparotomie est faite, et l'on arrive sur une anse de l'intestin grêle noire rougeâtre à sa surface, mais ne contenant rien dans son intérieur. On pensa que l'intestin avait souffert de quelque strangulation que l'opération avait fait disparaître.

La malade mourut le lendemain et à l'autopsie on trouva dans l'intestin, un peu plus bas que l'anse ecchymosée, un gros calcul biliaire.

OBSERVATION XV

(*Bulletin de la Société anat.*, 9^e année 1854, p. 101.)

Calcul biliaire passé de la vésicule dans l'intestin grêle et déterminant des symptômes mortels d'étranglement interne.

La nommée M... est prise, le 11 janvier, de vomissements.

14 janvier. — Jour de son entrée à l'infirmerie, elle présentait les symptômes suivants : vomissements fréquents, d'abord alimentaires, puis bilieux, douleurs à l'épigastre et dans le flanc droit, légère tension de l'abdomen, constipation.

Traitement : cataplasmes, lavements, limonade, sangsues à l'épigastre.

15 août. — Etat très mauvais.

16 août. — Mort.

A l'autopsie, calcul biliaire à la partie supérieure de l'intestin grêle.

OBSERVATION XVI

(Murchison. *Leçons cliniques sur les maladies du foie.*

Trad. Saint-Cyr, professeur, Eyn, 1878.)

Obstruction fatale de l'intestin grêle par un gros calcul biliaire.

A. M..., âgée de quarante-six ans, est admise à l'hôpital Middlesex le 29 janvier 1856.

Pendant les deux ou trois jours qui ont précédé son entrée, elle a eu : une douleur intense, ayant débuté brusquement dans la région iliaque droite, des vomissements, de la constipation opiniâtre. A son entrée, les mêmes symptômes continuent, le ventre est ballonné, facies anxieux.

37 janvier, mort. — A l'autopsie, vers le milieu de l'intestin grêle, on trouve un volumineux calcul biliaire qui obstruait l'intestin comme une bonde. Au-dessous du calcul l'intestin était ratatiné.

OBSERVATION XVII (résumée).

(Audry. *Lyon médical*, 17 octobre 1887.)

Obstruction intestinale mortelle par calcul biliaire.

Le nommé E. R... entre à l'Hôtel-Dieu le 3 septembre 1886. Vives douleurs abdominales, vomissements incoercibles, glaireux et bilieux, pas fécaloïdes. Selles supprimées. Etat général assez bon. L'abdomen un peu dur, ballonné, ne donne rien à la palpation.

Son état s'améliore au bout de trois à quatre jours. Il va à la selle et n'a plus de vomissements.

Dans les derniers jours de septembre, le malade se plaint d'avoir des douleurs plus vives et de vomir. En même temps la constipation redevint absolue.

1^{er} octobre. — Constipation persiste, ventre douloureux. Vomissements bilieux.

2 octobre. — Le malade présente l'aspect du choléra herniaire. Le ventre n'est pas ballonné. Mort.

A l'autopsie, calcul biliaire dans l'intestin grêle.

OBSERVATION XVIII (résumée). (Campenon.)

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

Laparo-entérotomie. — Mort.

Œ. Elise, soixante-trois ans, entre le 20 mai 1891, salle Lenoir, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Campenon. Sans antécédents personnels. Présente tous les symptômes d'une occlusion intestinale dont les symptômes sont peu accentués, sans ballonnement du ventre.

On se propose de temporiser, mais la malade ayant eu des vomissements fécaloïdes, on opère.

Laparotomie. — On arrive sur une anse intestinale dure, dilatée par un corps étranger. Entérotomie.

Le lendemain, 21 mai, l'état général est assez bon.

22 mai. — La malade est affaiblie. Le 23, mort.

OBSERVATION XIX (résumée), Thiriar.

[Laparo-entérotomie pour calcul intestinal.

Guérison.

Un malade, pendant six jours, présente des signes d'obstruction intestinale nets. Constipation absolue, vomissements, ventre ballonné.

Le septième jour, le Dr Thiriar voit le malade et se décide à faire la laparotomie. Il tombe sur un calcul biliaire contenu dans l'intestin grêle. Entérotomie. Guérison.

OBSERVATION XX (résumée).

(Anderson et th. Smyth.)

*Cas d'occlusion intestinale, Ablation par opération
d'un calcul biliaire. Guérison.*

30 juin 1887. — Le D^r Anderson, appelé auprès d'un malade, le trouva atteint d'occlusion intestinale aiguë : vomissements féca-loïdes, léger ballonnement. L'état général empirant, le D^r Smyth fait la laparotomie ; il trouve un calcul biliaire dans l'intestin grêle, qu'il ne peut faire glisser jusqu'au cæcum. Entérotomie. Guérison.

OBSERVATION XXI (résumée), Thirolaix.

*Obstruction intestinale par un calcul volumineux.
Laparo-entérotomie. Mort.*

Le 13 juillet est apporté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le D^r Lancereaux, une femme âgée de quarante-cinq ans et qui présente depuis six jours les phénomènes suivants : vives douleurs abdominales, vomissements, garde-robes supprimées, facies grippé, refroidissement des extrémités. Il n'y a pas de météorisme abdominal.

Laparotomie. Entérotomie. On trouve un calcul biliaire dans une anse de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXII

Obstruction intestinale par calcul biliaire. Mort.

(D^r Bull, *The medical Record of New-York*, 1887.)

Il s'agit d'une femme qui présente tous les signes d'une occlu -

sion aiguë, sauf cependant le ventre qui était souple et non ballonné. Mort. A l'autopsie, un calcul fut trouvé solidement empi-sonné dans l'iléon, à peu près à 3 pieds du pylore.

OBSERVATION XXIII

(D^r E. Hudson, *Medical Record of New-York*, 1887.)

Volumineux calcul biliaire ayant amené une occlusion intestinale. Mort.

Calcul très volumineux enlevé par le D^r Patterhwaite du jéjunum du défunt D^r Dacken qui succomba des suites d'occlusion intestinale.

OBSERVATION XXIV (résumée).

(Metzker, th. Wurtzbourg.)

*Obstruction intestinale par calcul biliaire.
Laparotomie. Mort.*

Femme ayant présenté des signes d'occlusion intestinale aiguë ; il est impossible de faire le diagnostic de la cause.

Laparotomie. On retire un calcul de l'intestin grêle. Après l'opération, état satisfaisant.

Le lendemain, la malade recommence à souffrir et à vomir. Son aspect change rapidement. Mort.

A l'autopsie, on trouve trois autres pierres dans le gros intestin.

OBSERVATION XXV (Korte).

Calcul biliaire obstruant l'intestin. — Perforation de la vésicule biliaire dans le duodénum et le côlon. Laparotomie. Mort.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans présentant des symptômes d'étranglement interne.

On attribue ces symptômes à une petite hernie crurale que portait la malade.

Ouverture de la hernie; elle n'était pas péritonéale, c'était une poche herniaire à parois résistantes.

Laparotomie. Calcul retiré de l'intestin grêle. La malade mourut douze jours après.

A l'autopsie, la vésicule biliaire présentait deux ouvertures biliaires anormales : l'une communiquant avec le duodénum, l'autre avec le côlon transverse.

CONCLUSIONS

I. Les observations d'occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire, bien qu'assez rares, méritent cependant d'attirer l'attention.

Cette forme d'occlusion se caractérise par :

Des douleurs intolérables ;

Des vomissements que rien ne peut arrêter ;

Un arrêt absolu dans le cours des matières fécales et des gaz ;

Un ventre souple, non distendu dans la moitié des cas environ, la marche rapide des accidents et le dénouement brusque par épuisement nerveux.

II. Notre travail comprend vingt-cinq observations. L'une de ces observations est empruntée à la clinique de M. le professeur Poncet.

Sur ces 25 cas, nous relatons 18 morts et 7 guérisons. Comme le prouvent ces chiffres, l'affection est très grave. Abandonnée à elle-même, elle est fatalement mortelle. Aussi est-il de toute nécessité, sinon de diagnostiquer, tout au moins de soupçonner la nature du mal, le plus tôt possible.

III. 6 des malades guéris, sur 7, l'ont été par la laparotomie suivie de l'enlèvement de l'obstacle et de suture intestinale.

Ce traitement, la laparotomie, constitue donc bien le traitement de choix. L'anus contre nature, à cause de son siège élevé, trop près de l'estomac, n'a donné que des morts dans les cas qui ont été reconnus.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN
LORTET.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON et Th. SMYTH, *Lancet*, décembre 1887.
- AUDRY, *Lyon médical*, 17 avril 1887.
- ASHURST, Obstruction intestinale (*Encycl. int. de chirurgie*, t. VI, p. 571, Paris 1886).
- BABINSKI, *Société anatomique*, 1883.
- BÉRAUD, th. doctorat, Paris, 1885.
- BESNIER, Art. Voies biliaires dans *Dict. Dechambre*, t. IX, p. 373.
- BRYANT, *British, med. Journ.*, t. II, 1879.
- CAMICHEL, th. Lyon, 1892.
- CAMPENON, Congrès de chirurgie, 5^{me} session, p. 442, 1891.
- CLARK, *Boston medical Journal*, 2 mars 1893.
- CLUTTON, *Trans. of. clin. Society*, t. XXI, p. 99, 1888.
- DAGRON, th. de doctorat, Paris, 1891.
- DUPRÉ, les Infections biliaires (th. doct., Paris, 1891).
- FAUCONNEAU-DUPRESNE, *Traité de l'affection calculieuse du foie*, Paris, 1851.
- GAILLARD, De l'iléus par calculs biliaires (*Presse médicale*, 18 mai 1885).
- GARIN, th. Paris, 1898.
- GAUDERON, *Revue médicale de la Franche-Comté*, janvier 1892.
- GONZALÈS, th. doctorat, Paris, 1887.
- HUDSON, *Med. Record*, New-York, Jan. 22, 1887.
- JALAGUIER, *Traité de chirurgie par Reclus et Duplay*, t. VI, Art. Occlusion.
- JEANNEL, *Archives provinciales de Chirurgie*, sept. 1896.

- KINNEIR, British med. journal, mars 1895.
KÖRTE, Deut. medical Woch., février 1884.
— Berlin. klin. Woch., juillet, 1893.
LANE, the Lancet, août 1894.
MACLAGAN, Trans. of clin. Society, t. XXI, p. 87, 1808.
METZQUER, thèse de Wurtzbourg, 1887.
MILES, The Lancet, p. 1121, 1890.
MONOD, Bull. Société anatom., 1827.
MORRIS, The Lancet, 1887.
MOSSÉ, Accidents de la lithiase biliaire, thèse agrégation, Paris, 1880.
MURCHISON, Leçons cliniques sur les maladies du foie. Trad. s. J. Cyr., p. 181, Paris, 1878.
POUZET, Arch. provinc. chirurgie, p. 180, 1892.
PILLIET, Bull. Soc. anat., p. 500, 1891.
ROBSON, British med. journal, 16 juill, 1892.
— Variétés d'occlus. intest. par calculs biliaires, (Med. chir. Trans, L. XXVIII, p. 117.)
ROCHARD et KIRMISSON, Arch. de med., févr. 1892.
SMYTH, The Lancet, déc. 1886.
SOTTAS, Franc. med., 433-36, 1892.
— Franc. med., 353-56, 1896.
TAYLOR, The Lancet, avril 1895.
THIRIAR, Congrès de chirurgie, 5^e sess., p. 31, 1891.
THIROLOIX, Bullet. Societ. anat., juill. 1891.
TRÈVES, de l'Obstruction intestinale, London, 1884.
TRASTOUR, Revue de clinique et therap., janv. 1893.
WILLIAMS, Journal of Americ med. Association, mai 1892.
WISING, Med. News, oct., 1886.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
PRÉFACE	9
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie.	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	13
Foie	13
Vésicule.	13
Cholédoque.	13
Intestin.	14
Calculs biliaires	14
CHAPITRE III. — Pathogénie.	16
CHAPITRE IV. — Signes cliniques	18
CHAPITRE V. — Diagnostic	23
I. Existe-t-il une occlusion	24
II. Quelle est la cause de cette occlusion ?	24
1° Invagination	25
2° Volvulus	25
3° Etranglement herniaire.	25
4° Calcul biliaire	25
CHAPITRE VI. — Pronostic	27
CHAPITRE VII. — Traitement	29
OBSERVATIONS	35
CONCLUSIONS	59

